

# 精神衛生相談員制度に関する研究

加 藤 蘭 子

## 目 次

はじめに

I. 精神障害者対策と精神衛生相談員制度

II. 精神衛生相談員制度の現状と問題点

む す び

## は じ め に

最近の社会経済の変動に伴ない、精神障害者及びその家族の社会的・経済的問題はより顕在化され、とくに、在宅のまま放置されている在宅精神障害者の問題は、大きな社会問題となっている。

わが国においては、精神障害者、とくに在宅の精神障害者に対しては従来殆んどみるべき施策がなく、精神障害者にとっては、福祉不在の長い歴史の連続であったといえよう。

精神科治療は、1900年代とくに1930年頃から急速に発展し、1950年以後は薬物療法の進展に伴って精神障害者の社会復帰活動が著しく活発になってきた。これら精神障害者に対する治療は、早期に適切な医療保護が加えられ福祉対策が確立されるならば、その社会復帰への可能性を増大させてきたのである。また、精神医療の推移をみると、最近の向精神薬の発展にともない、精神障害者に対する援助対策は精神病院内にとどまらず、地域社会へと広がりつつある。即ち、精神病院入院中心的な治療形態から脱皮して、地域精神医学 (Community Psychiatry) 或いは、社会精神医学 (Social Psychiatry) の立場から、精神障害者の Community Care が重要視されるようになってきた。このような新しい精神医学の進歩の展望に立って、これに即応した施策の必要性が強調され、こうした機運の中で昭和40年6月、精神衛生法が一部改正された。これにより精神障害者に対する医療と福祉をおしすすめるための制度が、形のうえでは一応ととのえられてきたと考えられる。その対策の中の一環として地域の第一線機関である保健所に、在宅精神障害者の社会適応を援助する目的で、「精神衛生に関する業務に従事する職員」に関する規定がなされ、精神衛生相談員制度が設置された。しかし、この制度は、任意設置であること、身分・資格、業務内容の不明確さなど、発足当初より多くの問題を含み、それ故に、保健所における精神衛生活動の位置づけに混乱をもたらし、その発展をさまたげる要因を多く含んでいると考えられる。制度発足以来、4年を経過したわけであるが、現時点で、その実態と問題点を明らかにすることは、混乱している制度の今後のあり方を考えるうえに必要なことであろう。

そこで、本稿では、在宅精神障害者対策の一環として設けられた精神衛生相談員制度に関して、(1) 制度成立までの精神障害者対策を歴史的に概観し、その中で精神衛生相談員制度の

もつ意義を明らかにし、さらに (2) 精神衛生相談員制度の現状および問題点について実態調査を中心に解明し、今後の課題を提起したい。

## I 精神障害者対策と精神衛生相談員制度

わが国においては、古くから精神病は病気であると考えられ、「大宝律令」(701年)には、すでに癲狂者(精神障害者)の罪に対して特別の扱いをするように規定されている。(註1) そのため、中世ヨーロッパにみられるように、精神障害者に対する一般社会からの虐待、拷問、或いは処刑などの組織的な迫害は行なわれなかった。しかし、当時精神病は、神罰とか靈魂のたたり、狐憑きという考え方が支配的であり、精神障害者の大多数は、私宅に監置され、人間的な取扱いをうけていなかった。これらの精神障害者に対して、民間の対策として、寺院などによる救済が江戸時代より行なわれていた。当時の精神病治療の状況は、「医学は混沌として未だ科学的療法を発展させず、巷間広く精神病の治療の望みを加持祈禱に託し、社寺の楼塔は精神障害者の収容施設のごとき觀を呈していた」(註2)という。このように、精神障害者に対する公共的対策が明治時代まで皆無に近い状態であったことが、わが国における精神障害者対策の特徴であったといえよう。

わが国の精神障害者対策、精神衛生行政の基本をなす最初の法律は、1900年に制定された精神病患者監護法(明治33年3月10日・法律第38号)である。この法律が成立した1900年前後の精神障害者に対する一般国民の態度、考え方は、次の事実によってもうかがい知ることができる。即ち、1899年1月16日、この法律案が貴族院で審議されるにあたり、提案理由として政府委員は次のように説明している。「精神病患者ニ附イテ、社会ニ患害ヲ流シマスルノハ意想外ニ大デアリ……………」そのため「能ク保護シテ遂ニ社会ニ流ス患害ヲナキヤウ」にということであった。(註3) これからもわかるように、精神病患者監護法は、社会防衛の色彩が強いことは否定できない事実である。また、精神病患者監護法制定の一つの重要なきっかけとなったのが、いわゆる相馬事件\* である。

\* 相馬事件とは

旧相馬藩の当主相馬誠胤(1852—1892)は、1876年から、緊張型分裂病と考えられる精神病にかゝり、加藤療養院、東京府癲狂院に何回か入院し、1892年に糖尿病で死亡した。ところが旧相馬藩士錦織剛清は、誠胤は精神病ではなかったのに、家令志賀直道らが、相馬家をのっとりとうとして、不当監禁しているのだと主張して訴訟をおこし、約10年間にわたり裁判が行なわれた。

このような事件を一つの契機として、精神障害者の監禁について取り締まり法の必要性が強調された結果、制定された精神病患者監護法は、不当な人権侵害を排除し、さらに、不正な監置を許さないために監置の実施を行政庁の許可又は届出(法第2条)とし、監護義務者以外は精神障害者を監護できないことを規定(法第3条)し、監置の適性を図るために法制化した点においては意欲的であった。しかし、この法の問題点として、吉岡(註4)は次の点を指摘している。即ち、第一に、監護の定義が不明確であり、実際には監護、即ち監禁と考えられた。さらに、法の運用に当る行政機関が警察であり、監置されない患者も治安警察の取り締まりの対象となり、精神障害者の医療については、なんら考慮されなかったこと。第二には、公立精神病院の設立が行なわれなかったこと。第三には、監置の費用については、扶養義務を中心にきびしく規定していること、などである。

このように、この法律では、精神障害者の治療・治癒を目的とするのではなく、治安上の観

点から、精神障害者の社会隔離をめざした私宅監置に関して規定したものであるといえよう。このようにして、日本特有の制度である私宅監置（座敷牢はその一例）は、1950年の精神衛生法制定まで法的に認められることとなったわけである。

長期にわたる精神障害の経過は、精神障害者とその家族に大きな経済的・精神的負担をもたらし、精神障害者の医療保護、家族の貧困化の防止は、社会保障制度の充実いかんにかかっているといっても過言ではない。1874年12月8日太政官達第162号として公布されたわが国最初の救済立法である恤救規則は、「人民相互ノ情誼」の名のもとに、地縁血縁共同体の「情誼」が強調され、親戚・隣人などによる扶養を公的扶助より優先させたきびしい制限をもつものであった。（註5）その結果、必然的に、貧しい精神障害者は必要な医療さうけることができないことになるのである。これは、精神病者監護法において、監護の費用を精神障害者の被監護者（法第1条に、後見人、配偶者、4親等内の親戚・戸主の順位で監護義務を負う、と規定）にすべて負担させていた（法第10条）精神に通ずるものである。

また、精神病者監護法が制定された頃、社会事業、公衆衛生の立場の立法が多く制定されている。例えば、伝染病予防法（1897年）、北海道旧土人保護法（1899年）、罹災救助基金法（1899年）、行旅病人及び行旅死亡人取扱法（1899年）などである。これらの立法には、救済的規定が含まれ、恤救規則の不備を補う役割を一部果している。精神病者監護法は、こうした一連の、いわば代用救済法としての役割をもつものと考えられる。（註6）

精神病者監護法は、すでにのべたごとく、監護の方法として私宅監置を認めたため、医療保護の面ではきわめて不十分であった。そして、社会の変化に伴う精神障害者の漸増と精神医学の進歩によって、精神障害者対策をこのような消極的な段階にとどまらせて置くことは、次第に不可能になっていく。

その後、1916年、内務省に保健衛生調査会が設置され、1917年には精神障害者の全国一斉調査が実施された。その結果、精神障害者の収容施設不足の実態が明らかとなり、施設拡充の必要性が強調された。さらに、呉秀三らによって、悲惨な私宅監置の実況が明らかにされた。

（註7）これらの実態にもとづき、呉らは、精神病者監護法（私宅監置）を廃止して精神病院を建設し、精神病院法を制定することをつよく要求した。これらの結果を基礎に、1919年、精神病院法が制定された。この法制定により、国は道府県に対して精神病院の設置を命ずることができるになり、これまでの監置・保護の精神障害者対策から、保護・治療へと精神障害者対策は前進したといえる。しかし、精神病院法制定後も精神病者監護法は廃止されず、精神障害者対策は、精神病者監護法、精神病院法の二本立で行なわれた。その結果、1950年まで精神病者監護法による監禁主義が認められることになったわけである。

第二次大戦後、公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、1950年5月1日、医療保護のみならず予防対策を含めた巾の広い法律として精神衛生法（法律第123号）が制定された。この法律の制定により、精神病者監護法、精神病院法は廃止されることになった。精神障害者を社会から隔離することが主目的であった従来の私宅監置制度は廃止され、精神障害者の医療保護に重点がおかれるようになった。さらに、精神障害者の人権侵害を防止するために鑑定医制度が設けられたこと（法第18条、1, 2, 3項）、医療保護の必要がある精神障害者については、国民のだれもが知事あてに診断及び必要な保護を申請できること（法第23条）、また、精神障害発生の予防、国民の精神的健康の保持向上の考え方がとり入れられ（法第1条）、精神障害者の医療保護のみならず、より積極的に、精神障害者の発生を予防しようという前進的な姿勢を示す画期的な立法であり、これにより、精神障害者対策は飛躍的な発展を期待されることとなった。

一方、精神障害者に対する治療方法は、1930年代より著しい進歩を示し、とくに、1954年からクロールプロマジン等の向精神薬が使われるようになった。（註8）この薬の精神病治療に対する効果は著しく、精神障害者の外来での積極的治療を可能にした。このような薬物療法に加えて、心理療法、作業療法等の治療方法が進歩し、精神障害者の寛解率は著しく向上し、精神障害者の治療、社会復帰が現実的な問題となった。これに伴って、精神障害者の予防対策、さらには在宅精神障害者対策が次第に注目されるようになってきた。

こうした時期に、全国的な精神障害者実態調査（註9）が行なわれ、この調査によって全国的な精神障害者数、医療状況、さらには在宅のまま放置されている精神障害者の実態、その社会的・経済的背景が明らかにされたが、基本的には、精神障害と貧困との悪循環が最も注目すべき事実として明らかにされた。それでは、わが国の精神障害者の現状はどのようになっているのであろうか。表1に示すように、わが国の精神障害者は124万人であり、そのうち、精神病57万人、精神薄弱40万人、その他中毒性精神障害、神経症などを合めて27万人といわれる。これら精神障害者の医療・指導の状況は、表2のとおりである。ここで問題となるのは、

表1 診断別精神障害者数・精神障害有病率（注） Nは実人員数を示す。

	総数	精 神 病						精神薄弱	そ の 他				
		総 数	精 神 分 裂 病	躁 う つ 病	て ん か ん	脳 器 質 性 精 神 障 害	そ の 他 の 精 神 病	（痴 愚 ・ 白 痴 の み）	総 数	中 毒 性 精 神 障 害	精 神 病 質	神 經 症	そ の 他
全国推計	124 万人	57	22	2	10	21	2	40	27	7	5	10	4
有 病 率 (人口千対)	12.9	5.9	2.3	0.2	1.0	2.2	0.2	4.2	2.8	0.7	0.5	1.1	0.5

(厚生省・精神障害者実態調査 1963年)

124万人の精神障害者のうち、現在医療を受けている者は30.1%、在宅のまま保健所、精神衛生相談所、その他の施設から指導を受けている者5.2%であり、医療・指導も受けないで在宅のまま放置されている精神障害者は、全体の64.7%もみられたことである。また、世帯業態別にみると、日雇い労働者世帯、不就業者世帯といった低所得階層に精神障害者が多くなっている。

このように、わが国の精神障害者の多くが、劣悪な生活環境にあり、医療や指導を受けていない実態が明らかにされたが、これは、絶対的精神病床の不足、適切な外来治療や在宅指導を実施できない医療体系の

不備、さらに、医療費を中心とする経済的問題等に起因するものであろう。これらが解決したとき、医療或いは指導を受けない精神障害者は著しく減少するものと考えられる。

つぎに、精神障害者のおかれているこうした状況にはかわりなく、現在、どのような処置が必要とされているのかをみてみると表3のとおりである。即ち、わが国の精神障害者のうち71.7%は、在宅のまま適切な医療または指導を必要とするものであることが明らかにされた。この

表2 精神障害者の処遇の状況

(注) Nは%を示す。

	総 数
医療を受けている	30.1
精神病院又は 精神病室に入院	8.4
在宅のまま精神科医の外来	6.7
在宅のまま精神医以外の外来	15.0
指導を受けている	5.2
在宅のまま保健所または精神衛生相談所の指導	0.7
在宅のまま保護観察	1.9
在宅のまま特殊施設の指導	2.6
医療も指導も受けていない	64.7

(厚生省・精神障害者実態調査 1963年)

ことは、在宅精神障害者に対する医療福祉対策が早急に確立されねばならないことを示しているといえよう。

このような精神障害者実態調査により明らかにされた精神障害者の社会的・医学的条件にもとづいて、精神障害者に関する発生予防から治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の必要性が唱えられ始めた。たまたま、1964年3月24日ライシャワー事件\*が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、この事件を契機に法改正の動きは早められ、同年4月28日、警察庁から厚生省に対する精神衛生法の緊急改正に関する申し入れとなってあらわれてきた。その結果、1965年6月30日精神衛生法は一部改正された。

\* ライシャワー事件とは、

アメリカ大使館の玄関から外出しようとしたライシャワー大使が、突然、精神障害の日本少年(19才)に刺されて負傷を負うという事件がおこり、社会一般に大きな反響をまきおこした。

この少年は、二、三年前から沼津市の某精神病院に、精神分裂病の疑で同意入院したことがあったが、10日間ほどで、母親が東京の病院に入院させるからといってひきとり退院した。しかしその後は、自宅で定職もなく無為にすごしていた。

事態の真相が、特に思想的背景をもつ政治的な事件ではなく、もっぱら精神障害者による偶発的な事故であることが判明すると「危険な精神障害者が野放し」にされている現状をすみやかに是正すべきであるという、もっぱら治安対策の面からの施策の不徹底を責める声が高くなった。

社会情勢の変化に伴う精神障害者の社会・経済的問題の深刻さ、さらに、精神医療の著しい最近の進歩に即応した精神障害者対策の必要性が社会的に認識され始めたそのときにライシャワー事件が発生し、それを契機に在宅精神障害者に対する訪問指導体制を確立すべく法改正がなされたわけである。しかし、この法改正は、北村和夫も指摘しているように「医学の進歩の成果に根ざす医療の普及と福祉の保障という方向をめざしながら、直接的には、一部の精神障害者に関する治安対策の強化という面から法改正をふみ切らざるを得なかった客観情勢は、何といっても不幸なことであった。いわば、そういった“異常な雰囲気”が科学的により社会保障的に討議されるべき問題を皮相な政治問題として捉えざるをえなかった」(註10) ことが、端的にみて、今回の法改正の一つの特長であったといえるであろう。

ともあれ、この法改正の主要な柱は、精神障害者の入院中心主義から地域社会に重点をうつしたことである。その内容として、通院医療費公費負担制度の設置(法第32条)、在宅精神障害者の実態把握及びその指導にあたる措置として、精神障害者に関する訪問指導(法第43条)を地域社会に密着している保健所の精神衛生業務であると規定していることである。これにより、保健所は地域社会における第一線の精神衛生活動の中心となり、精神衛生相談員制度が設置されることとなった。

従来、わが国の在宅精神障害者対策にはみるべきものがなく、そのため、在宅精神障害者の早期発見、早期治療、さらにはその社会復帰が著しく阻害されていたといえる。そのような状況

表3 必要な処置別精神障害者・有病率

( ) 内は%を示す

	総数	精神病院に入院を要するもの	精神病院以外の施設に収容を要するもの	在宅のままに医療または指導を要するもの
実数(単位10万人)				
総数	124	28 (22.5)	7 (5.8)	89 (71.7)
精神病	57	21	2	35
精神薄弱	40	3	5	32
その他	27	4	—	22
有病率(人口千対)				
総数	12.9	3.0	0.7	9.3

(厚生省精神障害者実態調査、1963年)

の中で、不充分ではあっても、在宅精神障害者の実態を把握し、適切な医療保護を加えうる一つの体系が法的に明確にされたことは、わが国の精神障害者対策が一步前進したことを示すものといえよう。

## Ⅱ 精神衛生相談員制度の現状と問題

わが国における精神障害者対策を歴史的に概観する中で指摘したように、1965年精神衛生法改正により、従来の精神医療の領域は拡充され、精神障害者対策は、入院中心主義の考え方から地域精神衛生活動を中心課題とする考え方へと移行した。

この法改正の背景には、いわゆる「野放し状態」と呼ばれる精神障害者、つまり、医療保護を受けないまま家庭或いは地域社会に放置されている精神障害者が、全体の64.7%（前出、精神障害者実態調査による）いるという実態があり、この状況の中でライシャワー事件が発生したのである。これら在宅精神障害者に、医療保護或いは指導の体制を確立することは緊急の課題であった。こうした精神障害者の早期発見、早期治療、社会復帰という一連の医療体制の整備が必要とされ、とりあげられた対策が在宅精神障害者の把握とその指導体制の強化であり、その目的を遂行するために保健所に新しく精神衛生業務を加え、精神衛生の業務に従事する職員として精神衛生相談員が配置された。

しかし、在宅精神障害者対策の一環として設置された精神衛生相談員制度は、当初より多くの問題点を含み、保健所業務の中に十分に位置づけられ定着しているとはいえない現状である。即ち、わが国においては、いまだ地域精神衛生活動をおしすすめてゆくに必要な精神医療体系が確立されておらず、保健所内部にも精神衛生業務を行なう体制ができていないこと、また、精神衛生相談員が任意設置であり、最終的段階においても2名程度を保健所に配置すれば足りるとしていること、業務内容、身分資格が不明確であるため、保健婦等関連職種との間に協力体制ができない、など多くの問題点が指摘される。これらの諸条件は、保健所の精神衛生相談員の位置づけに混乱をもたらし、その発展を妨げる要因になっていると考えられる。

このような現状を考えると、在宅精神障害者対策として設けられた精神衛生相談員制度が、保健所の精神衛生業務の中に正しく位置づけられ、精神障害者の医療と福祉をおしすすめる対策として充実するためには、まず、精神衛生相談員が現在直面している問題点を明確にすることが当面の重要な課題といえよう。そこで、精神衛生相談員制度の現状を把握するため精神衛生相談員の実態調査を実施した。この実態調査の結果にもとづき、精神衛生相談員制度の現状と問題点を明らかにしたい。さらに、この制度が、真に精神障害者のための制度になるためには今後いかなる問題が解決されねばならないのか考察したい。

### 1. 精神衛生相談員実態調査計画

#### (1) 調査対象及び調査方法

調査対象は、厚生省公衆衛生局把握の精神衛生相談員115名（昭和42年6月1日現在）である。調査の方法は、質問紙調査法により実施。しかし、精神衛生相談員の配置されている保健所把握が困難であり、実態調査に関する質問紙を直接精神衛生相談員に配布することができなかった。そのため、全国の精神衛生センター（或いは精神衛生相談所）、精神衛生センター未設置の県・市については、本庁精神衛生主管課あてに質問紙を送付し、管内の精神衛生相談員に配布を依頼した。

全国精神衛生相談員の配置状況は表4のとおりである。

全国精神衛生相談員の地域分布をみると、都道府県精神衛生相談員は、近畿、関東甲信越、東海北陸地区の順に多く、政令市では、東海北陸、関東甲信越、九州地区の順に多くなっている。全国的にみて、東海北陸、関東甲信越地区に多く配置されているようであるが、これは、柏木ら（註11）が精神病院、精神衛生センター等の精神医学ソーシャルワーカー（通称P・S・W）に対して行なった実態調査の結果においても同様の傾向がみられる。中国四国、北海道地区に精神衛生相談員が少ないのは、保健所における地域精神衛生活動への関心、教育機関の不足などの諸条件が影響しているものと思われる。

次に、これら調査対象者となった全国精神衛生相談員115名のうち、調査回答者は表5に示すとおりである。回収率は68.7%であった。

調査期間は、昭和43年12月15日から昭和44年2月15日までの2ヶ月間である。

（2）調査内容

調査の内容は、（1）精神衛生相談員の所属・雇用形態、（2）最終学歴・専攻（3）前職（4）教育・訓練期間、スーパーヴァイザーの有無（5）精神衛生相談員の職種に関する意識（6）関連職種とのチームワーク（7）業務内容及びその意識（8）精神衛生相談員として現在当面している諸問題、など11項目について実施した。

本稿では、紙数の都合によりすべての項目について検討できないが、とくに精神衛生相談員の業務内容、現在当面している問題等を中心に考察する。

2. 精神衛生相談員の実態と問題点

以下、調査の結果にもとづいて、精神衛生相談員の業務の実態、さらには当面する

表4 全国精神衛生相談員配置状況

（厚生省・公衆衛生局昭和42年6月1日現在）

地区別	都道府県別	精神衛生相談員数	地区別	政令市別	精神衛生相談員数
北海道	北海道	3	北海道	小樽市	1
				函館市	2
東北	青森	2	東北	仙台市	2
	岩手	1			
	秋田	1	関東甲信越	川崎市	6
	山形	1		横須賀市	1
	福島	4	東海北陸	静岡市	1
関東甲信越	茨城	1		名古屋市	8
	栃木	1		和歌山市	1
	群馬	2	中国四国	広島市	3
	千葉	3		下関市	1
	東京	11	九州	北九州市	3
東海北陸	新潟	2		長崎市	1
	福井	1		佐世保市	1
	岐阜	1		熊本市	1
	静岡	1		鹿児島市	1
	愛知	10			
近畿	京都	4			
	大阪	19			
	兵庫	6			
	奈良	1			
中国・四国	島根	1			
	香川	1			
	高知	1			
九州	福岡	3			
	大分	1			
計		82	計		33
合 計			115		

表5 調査回答数

（注） Nは実人員数を示す

市・府県別	回答者		合 計
	該当者	非該当者*	
都 道 府 県	53	12	65
政 令 市	26	3	29
合 計	79	15	94

\* 非該当者とは

精神衛生センターのP・S・W、或いは、保健婦、事務関係者で、相談業務に従事しているが精神衛生相談員として正式に任用されていないため、今回は、非該当として調査集計より除外した。

諸問題を明らかにしたい。

(1) 精神衛生相談員の性別、学歴、所属・雇用形態、職種について

まず最初に、精神衛生相談員の基本的な諸条件として、性別、年令についてみると、表6、表7に示すとおりである。女子は、79.8%，男子はわずか20.2%にすぎず、女子が圧倒的に多い。また、年令別では20代が87.2%で若い年令層に多い。これは、精神衛生相談員制度の歴史も浅く、新規卒業者が多いためであろう。

この精神衛生相談員制度のもつ主要な問題の一つとして、業務規定の不明確さが指摘できる。この業務規定の不明確さは、必然的に精神衛生相談員の所属形態に影響を

表6 性別  
( )内は%を示す

市・府県別	性別		
	男	女	合 計
政 令 市	8	18	26
都 道 府 県	8	45	53
合 計	16 (20.2)	63 (79.8)	79(100.0)

表7 年 令 別 ( )内は%を示す

年 令		21～25	26～30	31～35	36～40	41～	合 計
市・府県別							
政 令 市		14	6	2	3	1	26
都 道 府 県		23	18	4	2	6	53
合 計		37 (46.8)	24 (30.4)	6 (7.6)	5 (6.3)	7 (8.9)	79 (100.0)

表8 所 属 形 態  
( )内は%を示す

市・府県別		政 令 市	都道府県	合 計
所属課				
保 健 所	総 務 課	11(42.3)	11(20.7)	22(27.8)
	保健予防課	10(38.4)	34(64.1)	44(55.7)
	庶 務 課	1(3.9)		1 (1.4)
	普 及 課		3(5.6)	3 (3.7)
	業 務 課		1(2.1)	1 (1.4)
	N. R	1(3.9)	4(7.5)	5 (6.3)
衛 生 局	管 理 課	3 (11.5)		3 (3.7)
	保健課など			
合 計		26(100.0)	53(100.0)	79(100.0)

及ぼすものとする。表8にも示されるように、精神衛生相談員の所属する課は、保健予防課が55.7%で一番多く、ついで総務課、普及課などとなっている。これを市府県別にみると、政令市では保健予防課38.4%，総務課、庶務課46.2%と事務関係に多く所属し、これに対し都道府県では、保健予防課64.1%，総務課、普及課28.4%というようにその関係が逆になっている。

このように所属形態の不統一さは、精神衛生相談員の業務を不明確なものとし、さらには、その身分・資格の確立を妨げる要因ともなろう。その意味で、全国的に統一

表9 雇 用 形 態 ( )内は%を示す

専任・兼任別		専 任	兼 任	N. R	合 計
市・府県別					
政 令 市		20 (76.9)	5 (19.2)	1 (3.9)	26 (100.0)
都 道 府 県		35 (66.0)	17 (32.1)	1 (1.9)	53 (100.0)
合 計		55 (69.6)	22 (27.8)	2 (2.6)	79 (100.0)

された形態が望まれるわけである。

次に雇用形態(表9)についてみると、専任が69.6%，兼任は27.8%であり、全体としては専任者の方が多い。これを市・府県別に比較してみると、政令市の方に専任者が多くなっている。



る。また、兼任者について精神衛生相談員業務と他の兼務している職種についてみると、政令市の精神衛生相談員は、一般事務、医療監視員及び精神衛生センター兼務であり、都道府県では、看護係、医療社会事業、精神衛生センター、保健婦などを兼務している場合が多い。

では、このような状況におかれている精神衛生相談員は、如何なる教育を受けてきたのであろうか。

精神衛生相談員の最終学歴（表10）についてみると、大学院・大学卒は67.1%で、短大・旧専卒を含めれば、98.7%の者が高等教育をうけていることになる。これは、前述の調査（註12）による精神医学ソーシャルワーカーの学歴と比較すると、精神衛生相談員の方が全体として、はるかに高度の教育を受けていることが明らかにされた。

また、これら精神衛生相談員の専攻は表11に示すとおりである。

福祉学専攻とは、社会学，社会福祉学専攻を示し、準福祉学専攻とは、心理学，教育学，看護学，保健学などを意味する。

福祉学専攻者は48.1%，準福祉学専攻者は36.7%であり、全体として84.8%のものが精神衛生相談員として必要な基礎的な教育を受けていることになる。これを市・府県別にみると、都道府県の精神衛生相談員の方に福祉学専攻者が多い。

以上、精神衛生相談員の性別、年令、所属・雇用形態、学歴・専攻に関して見たが、つぎに、精神衛生相談員として適切な職種は何であるのかについて考えてみたい。

精神衛生法第42条の2項には、精神衛生相談員の資格に関して次のように規定している。すなわち、

「学校教育法（昭和22年法律第26号）にもとづく大学において、社会福祉に関する科目を修めて卒業したものであって、精神衛生に関する知識及び経験を有するもの、その他政令で定める資格を有するものうちから都道府県知事又は保健所を設置する市の長が任命」することになっている。

また、「その他政令で定める者」とは、精神衛生法施行令第4条に、次のように規定している。すなわち、

- 1. 学校教育法にもとづく大学において心理学の課程を修めて卒業した者であって、精神衛生に関する知識及び経験を有するもの。
- 2. 医師
- 3. 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦であって、精神衛生に関する経験を有するもの。
- 4. 前各号に準ずる者であって、法第42条第1項（註13）の職員として必要な知識及び経験を有するもの。

とされている。従って、精神衛生相談員は、社会福祉専攻のもの他に、心理学専攻者、保健婦、医師も含まれるわけであり、このように専門分野のことなる数種の職種のものが精神衛生相談員としての資格をもつということは、今後の精神衛生相談員制度の発展にとって一つの問題点を残すことになるのではなかろうか。

表10 学 歴 （ ）内は%を示す

学歴別 市・府県別	大学院	短大・	高校卒	合 計
	大学卒	旧専卒	その他	
政 令 市	19(73.1)	6(23.1)	1 (3.8)	26(100.0)
都 道 府 県	34(64.2)	19(35.8)		53(100.0)
合 計	53(67.1)	25(31.6)	1 (1.3)	79(100.0)

表11 専 攻 別 （ ）内は%を示す

専攻別 市府県別	政令市	都道府県	合 計
福 祉 学 専 攻	12(46.2)	26(49.1)	38(48.1)
準福祉学専攻	12(46.2)	17(32.1)	29(36.7)
非福祉学専攻	2 (7.6)	3 (5.6)	5 (6.3)
N. R		7(13.2)	7 (8.9)
合 計	26(100.0)	53(100.0)	79(100.0)

表12 精神衛生相談員として適当な職種

(注) Nは実人員数を示す。

職 種	順 位 選 択 回 数					N.R	
	1 番 選 択 され た 回 数	2 番 選 択 され た 回 数	3 番 選 択 され た 回 数	4 番 選 択 され た 回 数	5 番 選 択 され た 回 数		
ソーシャル・ワーカー(社会福祉学専攻)	44	15	10	2		5	
心 理 学 者 (心者学専攻)	10	18	21	13	2	12	
医 師	17	4	12	23		20	
保 健 婦	11	29	16	10		10	
そ の 他		1	1	2	12	60	
N. R							3
合 計	82	67	60	50	14	107	3

では、現在実際に精神衛生相談業務に従事している精神衛生相談員自身は、「精神衛生相談員として適当な職種」をどのように考えているのであろうか。表12にみるように、精神衛生相談員として最も適当であると精神衛生相談員自身が考えているのは、社会福祉専攻のものであり、二番目には保健婦、三番目には心理学専攻者、四番目には医師、五番目はその他となっている。その他とは、公衆衛生ワーカー、精神衛生吏員として事務的仕事を経験してきた人、精神病院で看護経験のある看護婦などとなっている。

精神衛生相談員の資格に関しては、社会福祉専攻者より保健婦が適切であるとする意見（註14）もあるが、いずれにせよ精神衛生相談員制度確立のためには、最も基本的問題の一つである精神衛生相談員の資格が明確に規定される必要があろう。

(2) 精神衛生相談員の業務内容及び業務に対する意識態度

保健所は精神衛生諸活動の中心となり、精神衛生センター、精神病院、社会福祉関係諸機関、施設等との緊密な協力体制のもとに、精神障害者の早期発見、早期治療およびその社会復帰を援助するため、相談及び訪問指導を積極的に行なう必要がある。その実施方法として、「保健所における精神衛生業務運営要領」（註15）には、次のように規定されている。即ち、保健所における精神衛生業務は（1）地域における精神障害者の実態把握（2）医療保護関係の事務（3）精神衛生に関する相談（4）在宅精神障害者に対する訪問指導（5）衛生教育及び協力組織の育成（6）関係機関との連絡協調（7）精神障害者の社会復帰援助など、いわゆる地域における精神障害者対策を推進するために、巾広い事業が期待されているわけである。しかし、この業務規定は大まかなものであり、各々学歴専攻や問題意識のことなる精神衛生相談員のとりくみ方には、相当のひらきが生ずるものと考ええる。そこで、保健所における精神衛生業務の推進者である精神衛生相談員が、具体的に如何なる業務に従事しているのか、また、それらの業務を如何なる意識のもとに実施しているのか、その実情を明らかにし、今後の精神衛生相談員業務のあり方を検討する基礎資料としたい。

そこで、さきの運営要領に規定された7項目の業務について、それぞれ精神衛生相談員として行なうべき業務、或いは本来精神衛生相談員としての業務とは考えられないが、施設側より期待されていると思われる業務を30項目設定し、それぞれの業務について5段階で評価を依頼した。その結果は表13のとおりである。これによると、現在、精神衛生相談員が実施している業務の主なものは、精神障害者カルテの作成及び整備（表13、質問番号11以下同じ）、精神衛生相談活動（13）、在宅精神障害者に対する医療継続、受診勧奨或いは環境調整のための訪問指導（17,19、

表13 精神衛生相談員の業務内容および意識

	業務の内容	実施している		実施していない			N. R
		本来の業務* と思い実施し ている	本来の業務と は思わないが 施設の要請で 実施している	本来の業務と 思うが現状で はできない	本来の業務と 思うが他の職 種のものがし ているので実 施しない	本来の業務と 思わないので 実施しない	
実 態 把 握	10.** 患者統計等、各種の統計報告に関する事務	32 (40.5)	16 (20.3)	6 (7.6)	5 (6.3)	17 (21.5)	3 (3.8)
	11. 管内、精神障害者カルテ（或いは、管理カード）の作成および整備保管	57 (72.1)	14 (17.7)	2 (2.6)		4 (5.0)	2 (2.6)
	12. 管内、精神障害者に関する実態把握のための調査活動	42 (53.0)	4 (5.1)	29 (36.7)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)
精 神 衛 生 相 談	13. 精神衛生上の問題を有する者に対する相談助言活動	74 (93.6)		3 (3.8)			2 (2.6)
	14. 3才児健診に参加	29 (36.7)	12 (15.1)	8 (10.1)	14 (17.7)	12 (15.2)	4 (5.2)
	15. 各種心理テストの実施	7 (8.9)	4 (5.1)	16 (20.3)	3 (3.8)	43 (54.4)	6 (7.5)
訪 問 指 導	17. 医療継続（医療中断の防止）又は、受診勧奨のための訪問指導	74 (93.5)	1 (1.3)	2 (2.6)			2 (2.6)
	19. 生活指導（日常生活上の具体的な指導）のための家庭訪問	65 (82.1)	3 (3.8)	5 (6.5)		3 (3.8)	3 (3.8)
	20. 患者の問題解決のために必要な社会環境（家庭・職場・学校など）の調整	60 (76.0)	2 (2.5)	15 (19.0)			2 (2.5)
患者クラブ活動等 の社会復帰援助	16. 在宅患者を中心とした作業療法、レクリエーション療法の実施	7 (8.9)		37 (46.8)	1 (1.3)	31 (39.2)	3 (3.8)
	18. 職業指導、或いは職業幹施実施	16 (20.3)	3 (3.8)	37 (46.8)	1 (1.3)	18 (22.8)	4 (5.0)
	21. 社会復帰への援助と指導	53 (67.0)	1 (1.3)	23 (29.1)		1 (1.3)	1 (1.3)
	22. 地域家族会の組織化と活動の援助	11 (13.9)	4 (5.0)	58 (73.5)	1 (1.3)	3 (3.8)	2 (2.5)
	23. 在宅患者クラブ（退院者クラブ）等の組織化と活動の援助	4 (5.1)	1 (1.3)	57 (72.1)	1 (1.3)	10 (12.6)	6 (7.6)
	24. 職親の開発及び組織化のための援助	3 (3.8)	3 (3.8)	62 (78.5)	2 (2.5)	6 (7.6)	3 (3.8)
衛生教育及び 協力組織の育成	25. 地域における社会資源の開発及び組織化活動	16 (20.2)	2 (2.5)	53 (67.2)	1 (1.3)	4 (5.0)	3 (3.8)
	26. 地域住民の精神衛生に関するニーズ調査	12 (15.2)	1 (1.3)	59 (74.7)	2 (2.5)	3 (3.8)	2 (2.5)
	27. 地域住民に対する精神衛生問題に関する啓蒙活動（P. R, 資料配布, 講演会開催など）	49 (62.1)	2 (2.5)	20 (25.3)	1 (1.3)	4 (5.0)	3 (3.8)
	28. 地域指導者（民生委員, 衛生委員など）の組織化のための活動	20 (25.3)	1 (1.3)	46 (58.3)	2 (2.5)	8 (10.1)	2 (2.5)

業 務 の 内 容	実 施 し て い る		実 施 し て い な い		N. R
	本来の業務 と思っている	本来の業務とは思わないが 施設の要請で 実施している	本来の業務と 思うが現状で はできない	本来の業務と 思うが他の職 種のもので実 施しない	
関係機関との 連 絡 協 調	6. 患者のもつ問題で従来ないし、現在関係している諸機関との のインフォメーションの交換・収集	67 (84.8)	7 (8.9)	1 (1.3)	4 (5.0)
	7. 問題により、該当する関連機関（医療関係、社会関係福祉係 等の行政機関、施設など）への連絡、あつせん等	74 (93.7)	3 (3.8)		2 (2.5)
	8. 関連機関の精神衛生事業への協力、技術的援助、助言等	40 (50.6)	30 (38.0)	3 (3.8)	4 (5.0)
	9. 関連機関との精神衛生問題に関する連絡会議等の組織化	29 (36.7)	38 (48.2)	2 (2.5)	3 (3.8)
	29. 保健所内の精神衛生業務関係者による業務分担および活動 方針の検討	34 (43.1)	32 (40.5)	2 (2.5)	6 (7.6)
医療保護関係事務	30. 保健婦等との事例会議	40 (50.6)	32 (40.5)	2 (2.5)	3 (3.8)
	1. 申請・通報・届出・精神鑑定・公費負担関係の書類整理・ 手続き等に関する事務	24 (30.2)	37 (46.9)	1 (1.3)	3 (3.8)
	2. 入退院届の書類整理、手続き等に関する事務	22 (27.9)	36 (45.6)	2 (2.5)	2 (2.5)
	3. 結核予防法・優生保護法関係に関する事務	4 (5.0)	6 (7.6)	4 (5.0)	5 (6.3)
	4. 社会保険制度、および社会福祉施設の説明及び適用のため の援助	56 (71.1)	4 (5.0)	4 (5.0)	4 (5.0)
	5. 各種医療制度、および医療扶助活用のための連絡、あつせ ん等	55 (69.6)	7 (8.9)	3 (3.8)	4 (5.0)

\* 「本来の業務」とは、「被調査者が考えた、精神衛生相談員が本来行うべき業務」を意味する。

\*\* 数字は、質問番号、を示す。

20)、関連機関との連絡・  
斡旋(7)、医療保護関係の  
事務(1,2,4,5)などである。  
では、これらの業務を精神  
衛生相談員はいかなる意識  
のもとに実施しているのか  
について、現在実施してい  
る業務に関して比較するな  
らば、精神衛生相談、訪問指  
導、関連機関との連絡斡旋  
などの業務は、精神衛生相  
談員本来の業務として実施  
している。しかし、医療保  
護関係事務、とくに、申請  
・通報・公費負担関係に関  
する事務、入退院届に関す  
る事務は、本来の業務とは  
考えられず、施設の要請に  
より実施しているという意  
識をもっている。

ここで問題となること  
は、精神衛生相談員自身  
が、精神衛生相談員本来の  
業務と思うが、現状では実  
施できないと指摘している  
業務が多くみられることで  
あろう。とくに、地域家族  
会の組織化と活動の援助、  
在宅患者クラブ等の組織  
化、職親の開発及び組織化  
のための援助、地域におけ  
る社会資源の開発及び組織  
化活動、地域住民の精神衛  
生に関するニード調査、地  
域指導者の組織化、保健所  
の精神衛生業務関係者によ  
る業務分担及び活動方針の  
検討など、在宅精神障害者  
の社会復帰を援助するため  
の活動、さらには、その援  
助を有効なものとするため  
の関連機関との連携、組

織化など、地域精神衛生活動をすすめるうえでの精神衛生相談員業務の要とも云うべき活動が、現状では殆んど実施されていないという実態が明らかにされた。

つぎに、精神衛生相談員業務に関する意識について全体的傾向をみると、申請・通報、入院届の書類整理・手続き等（質問番号1, 2）の医療保護関係事務、患者統計、精神障害者カルテ整備等（10, 11）実態把握に関する業務、さらに、3才児健診、各種心理テスト等（14, 15）の業務、社会復帰援助としての在宅精神障害者を中心とした作業療法、職業指導・斡旋等（16, 18）の業務に関しては、精神衛生相談員相互に相当の意識のずれがみられる。これは、現在の精神衛生相談員が、すでに指摘したようにことになった学歴・専攻者によって構成されていることにも起因するであろう（表11参照）。専攻別による意識のずれに関する検討は別の機会にゆずるとして、いずれにしても、精神衛生相談員業務として明確な指針がない現状では、精神衛生相談員相互においてさえ意識の統一、ひいては精神衛生相談員としての業務の統一が困難であるということは、精神衛生相談員制度の今後の発展にとって重大な問題である。

### （3）精神衛生相談員の当面する諸問題

最後に、精神衛生相談員が現在当面している問題について、自由記述式により回答を求めた。その結果、精神衛生相談員が日常業務をとおして当面している問題を分類すると、（1）制度上の問題（2）理論上の問題（3）業務組織の問題（4）医療保障制度の問題（5）社会の問題など、大体五つに大別される。以下、それぞれの問題についてのべてみたい。

#### 1. 制度上の問題

まず第一に指摘されるのは、制度の内容に関連する問題である。即ち、表14に示すように、制度の不備、精神衛生相談員の人員不足、身分・資格、業務内容の不明確さが主要な問題であ

表14 制度上の問題

	具 体 的 問 題
制 度 の 不 備	<p>制度としてはできたが、実際には各県がばらばらで、未配置のところが多い。</p> <p>行政上の明確な方針がないこと。</p> <p>予算上の問題。（精神衛生相談関係には全く予算がなく、経費のかゝる事業は着手できないこと。訪問旅費が不足し、訪問するのに気がねしている。一方では、保健所長からは多くのケースを訪問するように要請される。）</p> <p>訪問対象が限定。（訪問指導必要と思われケースでも、公費負担でない場合には、訪問する法的根拠がない。）</p>
人 員 不 足 の 問 題	<p>一保健所一名の精神衛生相談員では、充分な訪問もできないこと。（次回訪問までの期間に再発するケースもある）</p> <p>四保健所を兼務しているため、業務がとおりいっぺんであいまいな結果になることが多い。</p> <p>本業の業務量と人員の少なさ、このことが、業務の質的低下をもたらしている。</p> <p>精神衛生相談員として講習を受けた保健婦（未発令）がいるが、その分の保健婦が増員されないの、従来通り、他の保健婦と同様の業務を分担しているため、精神衛生相談員としての業務は殆んど行なえない。又、仕事の種類・量が増えることは、住民に対するサービスの低下になり、又、保健婦自身にも、オーバーワークとなって返ってくる。保健婦の増員も行わず、専任相談員も採用しない当局の安上がりの行政に保健婦の善意が利用されているのが現状である。</p>

	具 体 的 問 題
身分・資格の問題	<p>精神衛生相談員の身分・資格が不明確であるため、保健婦業務の範囲が広がったものという感じでとられ、保健婦業務と兼務にされ、精神衛生業務を専門にできない。</p> <p>保健婦業務との兼務であるが、そのことから生ずる管理体系に不合理がある。</p> <p>(例えば、保健婦業務は、医務課、保健婦係、精神衛生相談員は、予防課・精神衛生係であり、相互の連絡不備のため兼務に支障が生ずる)</p> <p>精神衛生相談員業務を兼務しているが、保健婦業務での業務量の調整がなされないため、オーバーワークになり、専念できない。</p> <p>精神衛生相談員としての職種をはやくきめて、業務を確立しないと、制度そのものがあやふやになってしまう。</p>
業務内容の問題	<p>精神衛生相談員の業務内容がはっきりしない。仕事の内容も資格も明確でなく、精神衛生相談員のいる現状で、できる仕事を手あたりしだいに目標もなく実施している状態。</p> <p>将来保健所において、どのように精神衛生業務をすゝめてゆくべきか、又、どのように進んでゆくのか、具体的に明らかにされないで、精神的に不安定である。</p> <p>業務が明確にされていないので、保健所の中にいづらい。</p> <p>事務量が多いため、訪問日数が少なく、本来の業務が充分にできない。</p>

る。これらの諸問題は全く基本的な条件であり、早急に検討されねばならない課題であるといえよう。

表15 理論上の問題

	具 体 的 問 題
援助理論の欠如、 技術的問題	<p>訪問基準がないこと。(訪問した際、知識不足のため指導方針がたたず、Clientに適切な援助ができない。要訪問の基準がなく、又、訪問の目的が不明確な場合が多い。訪問の目的と方法が、はっきりしていないこと。)</p> <p>専門職業としての精神衛生相談員は、その基盤を社会福祉に求めるべきである。社会学的知識が必要である。技術的に専門的な知識・方法をもっていない、ということから不安・焦躁感。精神衛生相談員業務を行うにあたって、自己のよりどころとするものがよくわからず、根なし草のような感じの不安な状態にある。</p>
教育・訓練に 関する問題 (Supervisorの問題)	<p>精神衛生相談員に対する研修会・実習の機会がなく、Clientから問題をもちかけられても解決できない。</p> <p>精神衛生相談にしても知識・経験が少ないため、教育・訓練の機会がほしい。</p> <p>県内でも、精神衛生相談員がちらばりすぎており、地域的にいっても研究会がもてない。そのため、精神衛生相談員それぞれが孤立してしまい、同じ県にあって、精神衛生相談員業務に一貫性がない。</p> <p>Supervisorとして、助言・指導する適任者がいない。(精神衛生相談所の職員が指導にあたっているが、その職員自身が兼務であったり、相談所の人員不足のため不充分である。)</p> <p>精神衛生相談員の資質向上の為のあらゆる工夫が必要であるのに、Supervisorさえなく、自分の仕事の評価をされない故に、自己満足に陥ると共に、反面、非常に不安であり、そのことのために、精神衛生相談員の神経はすりへらされる。</p> <p>実務につく前に、実習期間をつくって欲しい。</p>

## 2. 理論上の問題

精神衛生相談員としての援助理論、方法論の基盤をどこに求め、理論体系をいかにたてるべきかが不明確であるために（表15参照）、精神衛生相談員自身が不安定になり、それがひいては、対象者に対して適切な援助を行なえない事態をひきおこしているようである。

このような精神衛生相談員の援助理論の欠如という現状に対して、精神衛生相談員の教育・訓練に対する期待は大きく、その意味においても、精神衛生相談員教育が関係当局において、早急に具体化、制度化されることが望まれる。

## 3. 業務組織に関する問題

地域における精神障害者の早期発見、診断・治療、さらには社会復帰援助など、精神障害者に対する一連の働きかけは、保健所における精神衛生相談員のみでの活動では限界があり、当然、精神衛生センター、社会福祉機関などの社会資源との緊密な協力体制が前提となることは言をまたない。しかし、そのような地域における業務組織の現状は、表16に示されているように、協力体制の組織化以前に解決されねばならない問題があまりに多い。

表16 業務組織に関する問題

	具 体 的 問 題
保健所内における 協力体制の問題	<p>精神衛生業務に対する体制や理解の欠除。所内の職員が、精神衛生に関する知識が浅く、事業に関心がもたれず協力してくれない。関連の事務職員が、業務内容に理解が充分でなく、行政的にケースの処理が適確にできない。</p> <p>精神科医・嘱託医の問題。(医師の不足、私立病院の医師が嘱託医になっているため利害関係がからみ、Clientに対する本当の援助ができない。嘱託医では、地域に対して熱がはいらない。)</p> <p>保健婦との業務分担、協力をどのようにすべきか、うまくいかない。(役割認識の不徹底。)</p> <p>専用室、専用電話がないため秘密の保持や面接、プレイ中、突然の侵入者(職員)を防ぐことが困難。</p> <p>医療、公衆衛生面における社会福祉に対する認識の不足。(例えば、保健所内で、患者中心の扱い方がされず、役所本位である。)</p>
関連機関との 協力体制の問題	<p>精神障害者の医療の体系が確立されていないこと。(病院、相談所、保健所、その他関連諸施設との共同作業をいかにするか、具体的、実践的活動が体系化されていない。)</p> <p>地域における精神衛生活動の指導者、組織が全くないため、所外での協力者がなく、動きがとれない。</p> <p>精神病院との関係。(病院が閉鎖的なため協力体制がくめない。精神病院の質の低さ。病院間に差がありすぎるため歩調をそろえて、患者の社会復帰を推進することができない。医師もさまざまな考えをもっているため団結しにくい。病院ワーカーとの業務分担をどのようにすべきであるか。病院と保健所との連絡(退院患者について)が制度化されていないため、精神障害者への訪問指導も効果があがらない。)</p> <p>精神病院の患者管理(在宅精神障害者の管理)が不十分である。</p> <p>精神衛生の問題がクローズアップされ始めたが、行政主体の積極的取り組みがない。つまり、行政機関、各精神病院、保健所、精神衛生センターなどが精神衛生問題の核心にふれる活動をしているか疑問。</p>

#### 4. 医療保障、社会資源に関する問題

精神障害者の社会復帰のためには、当然、その社会生活を維持するために医療、生活面の保障が充分になされなければ、その目的を達しえない。その意味で、表17にも指摘されているように、わが国の医療保障制度、精神障害者をめぐる社会資源の形成がきわめて不充分であるという現状は、早急に解決を要する問題である。

表17 医療保障、社会資源に関する問題

	具 体 的 問 題
医療保障・医療体系の不備	<p>医療機関の偏在。(管内に病院・診療所がなく、患者が居住する地域の中で治療を受けられない) 及び、病床不足。(緊急鑑定入院が必要なケースでも、地域に病院がない、人手不足であるという理由で、暴行のある患者を地域警察が留置場に収容し、興奮状態がおさまってから家族にかえすということがしばしばある。)</p> <p>医療機関に私立が多く、経営上問題が多いとして医療機関から保健所に対する follow up を要するケースについても連絡形式をととのえることを好まない風潮があり、保健所での対象把握を困難にしている。</p> <p>患者の医療費問題 (経済的問題で、入院治療を中断し、放置に至る者が多い。精神障害者の医療費は現在の通院患者のみでなく、入院患者についても公費負担がのぞましい。法第29条患者にも一部負担金のかゝることは問題である。)</p>
社会資源 (社会復帰施設など) の不備	<p>退院後のアフターケア施設が皆無。(家庭で放置されている間に再発するケースが多い。)</p> <p>精神障害者が就職を希望しても受け入れる職場がない。中間施設の不足が続くかぎり、社会復帰は不可能に近い。</p> <p>在宅精神障害者に対する施策がないこと。(家庭での障害者の生活治療には限界があり、また治って仕事をと思うとき、病気を理解して受け入れる職場がない。中間施設の必要性。)</p> <p>紹介すべき社会資源のあまりに少ない現状では、個々のケースを安心してたくす所がなく、途中で打切ることが殆んどであること。</p> <p>精神衛生相談員の仕事の第一にうたわれている訪問指導の意義がよくわからない。現在の社会情勢、自分達的能力を考えると、何をプラスとして与えるのか疑問になる。客観的には、可能な社会資源を紹介し、それのないときは、「現状では、これまでしかやれない。自分達でなんとかしてゆかねばだめだ」と Client に伝えていくことだと思うが、個々のケースにあたって、困りきった患者・家族に対して「生保になるまでがんばりなさい」ということがいえぬのがやりきれなくなる。そのように気にかかったまゝで、経過をたずねることもおっくうで、そのまゝにしてあるケースがいくつかある。</p>

#### 5. 社会の偏見の問題

精神障害者に対する援助を困難にする条件として、今までみてきたように、医療保障制度の不備、精神障害者問題に促した社会資源が不足していることなどの諸問題が指摘できるが、地域社会の中に十分な受け入れ体制が欠如していることも一要因となつている。

これは、精神衛生に関する問題が、わが国においてはいまだ国民全体の問題としてとりあげられず、下からのもりあがり皆無に等しいこと、また、社会の中に根強く残っている精神障害者への偏見がある。(表18参照) 精神衛生相談員が業務を通じて、実際にこうした社会の壁に直面している事実が明らかにされたが、この社会の偏見をうちやぶるための精神衛生活動も、今後の大きな課題となろう。



表18 社会の偏見に関する問題

	具 体 的 問 題
社会の偏見の問題	<p>精神病に対する偏見。(一般人のみならず、p. s. w を始めとする専門家すら、精神障害者を特別視し、差別している。)</p> <p>精神障害者に対する社会の偏見、人権問題があまりに複雑であり、問題解決に対する壁が厚い。精神衛生に対する知識が低く、家庭訪問をしても迷惑顔をされることが多い。</p> <p>一般への精神衛生思想普及の困難さ。マスコミの精神障害者問題のとりあげ方がまちがっている。</p>

## む す び

最近における向精神薬の飛躍的な開発、精神医学の著しい発展により、今までは閉鎖的な、社会から隔絶された病院という環境の中で、疾病の悪化を阻止することが主だった医療も、疾病の寛解から、さらには積極的に社会復帰への可能性が著しく増大してきた。

こうした状況下において、精神障害者対策は、早期発見、早期治療、社会復帰の促進というように、地域社会との結びつきを強める方向に進まざるをえなかった。こうした地域社会中心の精神障害者の社会復帰対策は、最近、各国ともに急速に発展をみせている。例えば、イギリスでは、1959年に新しい精神衛生法が制定され、地域社会対策が強調されるようになった。即ち、精神障害者について、できるだけ施設収容をやめて、地域社会の中における援助が強調され、地方自治体と開業医に対する責任と権限が明らかにされた。ことに、Mental Welfare Officer (わが国の精神衛生相談員にあたるもの) という新しい職種が規定され、精神障害者の地域社会対策において重要な役割を負うことになったのである。一方、アメリカにおいても、新しい精神衛生対策の中心課題は、総合的な地域社会対策にあるといわれている。その発端となった1963年、故ケネディ大統領の「精神病及び精神薄弱に関する教書」(註16) は、今後の精神障害者の社会復帰のための地域活動は、いかにあるべきかを明快に示したものとして、アメリカのみならず、わが国に与えた影響は大きいものがあつた。

このように、精神障害者対策の中心課題を、総合的な地域社会対策におくという世界的な動向の中で、わが国においても、精神衛生法改正によって、法的には地域精神衛生に関する一つの体系が作られ、その一環として精神衛生相談員制度が設置された意義は大きいといえよう。

しかし、今回行なった精神衛生相談員実態調査の結果は、精神衛生相談員制度の中に、いくつかの重要な問題が含まれていることを示している。

まず第一に、最も基本的な問題として、精神衛生相談員としての援助理論の欠如、それに伴う業務内容のあいまいさと混乱の状況である。これは、精神衛生相談員制度が「なんのため」に設置され、その中で、精神衛生相談員は「なにをなすべきであるのか」が、明確に把握されていないことに基因するものといえる。

すでに精神障害者対策の歴史を概観する中で明らかにしたように、精神衛生相談員制度成立の背景には、地域社会の中で精神障害者の医療と福祉をはかる体制の確立をめざすという積極的な側面と共に、精神障害者に対する治安対策的な側面が存在していたことは否定できない事実である。こうした歴史的事実を正しくふまえたうえで、現在、精神衛生相談員が精神障害者になにをなすべきであるのかを、まず明確にしてゆかねばならないであろう。

第二に、保健所における精神衛生活動を行なう体制が十分にととのっていない現状の中で、

精神衛生相談員の人員不足、身分・資格のあいまいさなど、精神衛生相談員制度そのものが不明確であることが明らかにされた。例えば、人員の面からみると、全国829保健所のうち、115ヶ所（昭和42年6月1日現在）のみにしか精神衛生相談員が配置されず、全国の90%近い保健所には精神衛生相談員がいない。このように制度の上からみても、保健所で精神衛生活動のできるのは全保健所の13%にしかみならず、また、精神衛生相談員の配置されている保健所においても、1名の精神衛生相談員がすべての精神衛生活動に従事している現状では、自ずからその活動には限界があろう。

このような精神衛生相談員制度の不備及び不明確さ、精神障害者に対する援助理論・理念が混迷している状況の中で、まずなされねばならない課題は、精神衛生相談員の活動が、精神障害者の側に立って、その生活と権利を守ることにあるという基本的な態度を、精神衛生相談員自身確立することである。そのような援助者としての基本的態度の確立を前提として、精神衛生相談員が、日常の援助活動の積み重ねの中から独自の理論を明確にうち出してゆくことが、現在の精神衛生相談員に課せられた緊急の課題であらう。

こうした精神障害者に対する援助理論の創造と発展の努力の積み重ねをとおして、精神衛生相談員制度改革の道すじを明らかにしてゆくとき、精神衛生法改正により設置された精神衛生相談員制度が、真に精神障害者のための制度として生かされるといえよう。

精神衛生相談員に対する実態調査は、筆者が、愛知県城山精神衛生相談所在職中に実施したものである。御指導いただきました愛知県城山精神衛生相談所前所長・岩谷清秀先生に心から感謝致します。

## 文 献

- 註1 佐伯栄寿 わが国における精神衛生の発展 厚生指標 Vol. 13, No.2 1966.
- 註2 厚生省医務局 医制八十年史 1955
- 註3 吉岡真二 精神病患者監護法から精神衛生法まで p. 11 松沢病院医局病院問題研究会 1964
- 註4 吉岡真二, 前掲書 p. 12
- 註5 吉田久一, 日本社会事業の歴史 p. 156 勁草書房, S42.
- 註6 小川政亮 権利としての社会保障 p. 36 勁草書房, 1968
- 註7 呉秀三・樫田五郎 精神病患者私宅監置の実況 内務省衛生局 1918
- 註8 精神科医療史年表 厚生省公衆衛生局
- 註9 厚生省公衆衛生局 わが国における精神障害の現状 一昭和38年精神衛生実態調査一 1965
- 註10 北村和男 精神衛生法の改正をめぐって p. 16 厚生指標 Vol. 12, No. 12. 1965
- 註11 柏木昭・他 精神医学ソーシャル・ワーカーに関する実態調査(第一報) 精神衛生研究 No.12, 1964
- 註12 柏木他, 前掲書
- 註13 法第42条・第1項には、「都道府県及び保健所を設置する市は、保健所に精神衛生に関する相談に応じ、及び精神障害者を訪問して必要な指導を行なうための職員を置くことができる」と規定されている。
- 註14 小坂英世 精神衛生相談員制度をめぐって 保健婦雑誌 Vol. 23, No.11. 医学書院 1967
- 註15 厚生省公衆衛生局 保健所における精神衛生業務運営要領 1966
- 註16 "Message from the President of the United States relative to Mental Illness and Mental Retardation." 大谷藤郎, 「地域精神衛生活動指針」に一部所収 医学書院 p. 134. 1967